المملكة العربية السعودية
جامعة الملك سعود
كلية التربية
مركز البحوث التربوية
١٣٥



نماذج العلاج في التربية الخاصة

إعداد
الدكتور عبد العزيز محمد العبد الجبار
أستاذ التربية الخاصة المساعد
قسم التربية الخاصة
كلية التربيه - جامعة الملك سعود

جميع البحوث البحوث الصادرة عن مركز البحوث التربوية محكمة

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

العبدالجبار ، عبدالعزيز محمد

نماذج العلاج في التربية الخاصة . ـ الرياض .

٠٠٠ ص؛ ٠٠٠ سم

(إصدارات مركز البحوث التربوية؛ ١٣٥)

ردمك ٦ـ ٥٩٠ـ ٠٥ـ ٩٩٦٠

ردمد ٢٦٥٩ـ ١٣١٩

١ ـ التعليم الخاص أ ـ العنوان ب ـ السلسلة

ديوي ٩ ، ٣٧١ ١٨/٠٩٤٣

رقم الإيداع : ١٨/٠٩٤٣

ردمك : ٦ـ ٥٩٠ـ ٠٥ـ ٩٩٦٠

ردمد : ٢٦٥٩ـ ١٣١٩

المملكة العربية السعودية
جامعة الملك سعود - كلية التربية
مركز البحوث التربوية
ص ب ٢٤٥٨ الرياض ١١٤٥١
ت ٤٦٧٤٦٨٨ - ٤٦٧٤٦٩٠
فاكس ٤٦٧٤٦٨٩

بسم الله الرحمن الرحيم

تقديـــــم

كما تحتاج عملية التربية والتعليم بمعناها العام إلى خبرات المربين وجهودهم فى مجال وضع المناهج والبرامج والأساليب والأطراللازمة، لتحقيق الأهداف التربوية التى يرسمها المجتمع لنفسه، ويسعى لتحقيقها، تحتاج التربية الموجهة إلى ما يعرف بالفئات الخاصة من أبناء المجتمع إلى خبرات وجهود أخص من أولائك المربين .

ولا شك أن هذا النوع من التربية في المجتمعات العربية قطع فى السنوات الأخيرة أشواطاً ملموسة فى مجال الرعاية الخاصة بالأطفال الذين يعانون من إعاقة أو قصور ما والإحاطة بهم، بغية تأهيلهم وإعدادهم أسوة بنظرائهم العاديين .

غير أن هذا المجال يحتاج إلى مزيد من العناية والانتشار، نظراً لخصوصيته ولقصر عمر التجربة فيه؛ مما يطرح الحاجة الماسة إلى الأستفادة من تجارب الآخرين وخبراتهم خاصة فى المجتمعات المتقدمة .

ولعل هذه الدراسة، التى بعنوان " نماذج العلاج فى التربية الخاصة " للباحث الدكتور عبد العزيز محمد العبد الجبار، جهد طيب فى هذا الاتجاه؛ إذ هي تعرض مجموعة من النماذج العلاجية فى التربية الخاصة لدى المجتمعات المتقدمة؛ مبرزة المبادئ الأساسية لكل نموذج، وفوائده للتربية الخاصة، وأهم الدراسات التى أجريت حوله، وعلاقته بالنماذج الأخرى . مما يتيح فرصة الاطلاع للمربين العرب على هذه النماذج، والاستفادة مما يمكن أن

تسهم به من خدمة للفئات غير العادية فى مجال التربية والتأهيل .

وعليه فإنه يسعد مركز البحوث التربوية بكلية التربية - جامعة الملك سعود أن يقدم هذه الدراسة للنشر، خدمة للتربية عموما فى بلادنا، والتربية الخاصة على وجه الخصوص، ومساهمة فى تحقيق التفاعل البناء بين جهود المربين، وتكامل الخبرات التربوية .

نسأل الله أن ينفع بهذه الدراسة، وأن يجزي الباحث على جهده وقصده خير الجزاء .

وصلى الله على نبينا محمد وآله وصحبه وسلم،،،،،

مدير مركز البحوث التربوية

د. محمد بن عبد الرحمن الديحان

نماذج العلاج في التربية الخاصة

د. عبدالعزيز محمد عبدالرحمن العبدالجبار
استاذ مساعد
قسم التربية الخاصة- كلية التربية
جامعة الملك سعود

تتعامل التربية الخاصة بشكل عام مع الأطفال غير العاديين بفئاتهم المختلفة فنجد أن التربية الخاصة تعد البرامج الخاصة والطرق لتعليم الهذه الفئات الخاصة ولكن نجد أن التربويين يجدون بعض الصعوبة في اختيار النموذج المناسب من هذه النماذج العلاجية.

إن هذا البحث يقدم بالشرح والتحليل سبعة من النماذج العلاجية التربوية التي تستخدم في مجالات التربية الخاصة وهذه النماذج هي: النموذج النمائي، والنموذج السلوكي، والنموذج الطبي، ونموذج صعوبات التعلم، والنموذج البيئي، والنموذج الاجتماعي، والنموذج النفس تربوي.

سوف تتطرق هذه الدراسة إلى تناول هذه النماذج من حيث الأسس والمباديء التي تقوم عليها والتطور التاريخي لكل نموذج والدراسات السابقة المختلفة التي أسهمت في تطور كل نموذج وعلاقة كل نموذج بالنماذج الأخرى وفائدة هذه النماذج للتربية الخاصة.

REMEDIAL MODELS IN SPECIAL EDUCATION

Abdulaziz M. Al-Abduljabbar ph.D.
Dept. of Special Education
College of Education
King Saud University

In the field of Special Education, Special Education deals with exceptional children in many ways. Thachers are trying to teach exceptional children in best way possible, but in the same time they are confusing in terms of what best model or theory would be most beneficial for the child. Especially the behavior disturbed children. Thus, this study attempts to address the seven theortical models which are used in the remediation in Special Education. Those models are child development, behaviorism, medical, learning disabilities, ecological, sociological and Psychoeducational models in each model, this study tries to cover the following topics, historical origns, major contributors, basic principles, research evidence, relationship to other models, and usefulness in Special Education.

فهرس المحتويات

(تابع) فهرس المحتويات

مقدمة:

يواجه الأطفال غير العاديين مشكلات متعددة تتعلق بأساليب تربيتهم وتعليمهم سواءً داخل الأسرة من قبل الآباء والأمهات، أو عندما يلحقون بالمدارس والمراكز المتخصصة وفقاً للأنظمة التقليدية، أو عند إلحاقهم بالمدارس العادية مسايرة لأساليب الدمج التي يتبناها عدد من الباحثين والمنظرين في مجال التربية الخاصة.

ولعل من أهم الجوانب التربوية التي يوليها الباحثون قدراً كبيراً من الرعاية والاهتمام "الجانب الخاص بالطرق والبرامج التي ينبغي استخدامها في تربية وتعليم هؤلاء الأطفال".

ولاشك أن اختيار التربويين للنموذج الأفضل ليس بالأمر الهيّن وخاصة مع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية.

وحيث إن الأطفال غير العاديين يشكلون نسبة ليست قليلة في مختلف المجتمعات إذ تصل إلى ١٠٪ على أقل تقدير كرك وجالقر (Kirk & Gallegher,1989).

وبما أن تربية هؤلاء الأطفال وتعليمهم مسئولية ينبغي أن ينهض بها المجتمع ممثلاً في جهازه التعليمي والتربوي، ووفقاً للأسس القانونية التي أقرتها المنظمات العالمية والهيئات الدولية وحقوق الإنسان.

وباعتبار أنهم يمثلون شريحة هامة من شرائح المجتمع، فإن الباحث يرى أهمية دراسة الأساليب والنماذج النظرية التي تستخدم في العلاج التربوي لهؤلاء الأطفال.

ويحاول البحث الحالي أن يقدم بالشرح والتحليل "سبعة من النماذج العلاجية التربوية التي تستخدم في مجال التربية الخاصة".

وسوف يتطرق الباحث في هذه الدراسة إلى تناول هذه النماذج من حيث الأسس والمبادىء التي تقوم عليها، التطور التاريخي لكل نموذج، الدراسات المختلفة التي أسهمت في تطور كل نموذج، علاقة كل نموذج بالنماذج الأخرى، الإسهامات المختلفة التي تقدمها هذه النماذج في مجال تربية الأطفال غير العاديين وعلاج المشكلات النمائية والسلوكية التي تواجه هؤلاء الأطفال، وأخيراً استعراض أوجه النقد التي تعرضت لها هذه النماذج.

أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من الجوانب التالية:

١ - كونها الدراسة العربية الأولى (حسب علم الباحث) التي تتعرض لتناول النماذج العلاجية في التربية الخاصة تناولاً مستقلاً، حيث وردت بعض الإشارات إلى هذه النماذج عرضاً ضمن دراسات أخرى في مجالات التربية الخاصة، إلا أن الدراسة الحالية تتناول موضوع النماذج العلاجية في التربية الخاصة تناولاً مباشراً ومقصوداً لذاته.

٢ - حاجة ميدان التربية الخاصة في المنطقة العربية إلى معرفة الأساليب والنماذج العلاجية المستخدمة في التربية الخاصة نظراً لأهميتها في تطوير برامج وخدمات الأطفال غير العاديين.

٣ - كونها أحد العوامل الفعالة والمساهمة في مساعدة مدرس الطفل العادي أو مدرس التربية الخاصة في علاج الأطفال غير العاديين في الفصل الدراسي العادي أو في الفصل الخاص.

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى:

١ - التعرف على مفاهيم أهم النماذج العلاجية والمصادر الأساسية التي استند إليها كل نموذج والمباديء التي يقوم عليها.

٢ - التعرف على مراحل تطور كل نموذج والدراسات المختلفة التي أسهمت في تعديله أو إدخال بعض الإضافات الهامة إليه.

٣ - التعرف على علاقة كل نموذج علاجي بغيره من النماذج العلاجية الأخرى.

٤ - كيفية الاستفادة من كل نموذج في مجال تربية الأطفال غير العاديين واستخدام الأساليب المختلفة لهذه النماذج في علاج المشكلات النمائية والتربوية التي تواجه معلمي هؤلاء الأطفال في ميادين التربية الخاصة.

أسئلة الدراسة:

تحاول هذه الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية:

١ - ما أهم النماذج العلاجية في التربية الخاصة؟ وما المصادر الأساسية التي تستقي منها هذه النماذج مبادئها واستراتيجيتها؟

٢ - ما هي مراحل التطور التي مرَّ بها كل نموذج من هذه النماذج؟ وما أهم الدراسات التي أسهمت في تعديله أو إدخال بعض الإضافات إليه؟

٣ - ما علاقة كل نموذج بغير من النماذج العلاجية الأخرى؟

٤ - ما الإسهامات التي يمكن أن يقدمها كل نموذج من هذه النماذج العلاجية في مجال تربية الأطفال غير العاديين وعلاج المشكلات النمائية والسلوكية التي تواجه معلمي هؤلاء الأطفال؟

النماذج العلاجية السبعة

فيما يلي يتناول الباحث بالشرح والتحليل سبعة من النماذج العلاجية في مجال التربية الخاصة، وهي:

١ - النموذج النمائي
٢ - النموذج السلوكي
٣ - النموذج الطبي
٤ - نموذج صعوبات التعلم
٥ - النموذج البيئي
٦ - النموذج الاجتماعي
٧ - النموذج النفستربوي

وسوف يستعرض الباحث الأصول الأولى لهذه النماذج والأسس أو المبادىء التي تستند إليها، كما يتناول التطور التاريخي لكل نموذج والدراسات التي تتصل به والنتائج التي تترتب على تطبيقه في مجالات علاج الأطفال غير العاديين.

النموذج الأول:

النموذج النمائي للطفل

تعود أصول هذا النموذج إلى تلك النظريات والأعمال الأولى لعالم النفس السويسري جان بياجيه Jean Piaget (ولد عام ١٨٩٦)، الذي يعد عملاقاً في دراسة مراحل نمو التفكير، حيث أنفق ما يزيد عن خمسين عاماً في محاولة تخطيط عالم عقل

الطفل، وقد توصل بياجيه إلى اعتقاد مؤداه أنه كلما نما الأطفال تطورت قدراتهم على التفسير أو البناء Construct من خلال عدد من المراحل إلى أن تصل قدراتهم العقلية إلى مستوى قدرات الراشدين ويرى بياجيه أن التفكير ينمو لدى الأطفال بنفس التعاقب الثابت من المراحل وعند مواضع محددة من النمو تظهر مخططات مميزة، ويفترض أن إتمام كل مرحلة يعتمد على المراحل السابقة لها.

وتبدأ المرحلة الأولى (مرحلة النشاط الحسي- الحركي منذ الميلاد وحتى عامين تقريباً) حيث يدرك الأطفال ما يحيط بهم في أثناء هذه الفترة من حياتهم بواسطة النظر واللمس، التذوق، الشم، والمعالجة اليدوية، أي أنهم يعتمدون على أنظمتهم الحسية والحركية، وفي هذه الأثناء تنمو بعض القدرات المعرفية الأساسية، كما يتعلم بعض العمليات الأولية للمهارات الحركية الأساسية مثل المشي والكلام وغيرهما.

وتتبع هذه المرحلة مراحل أخرى تمكن الطفل من فهم العالم المحيط به والتفاعل مع مفرداته، ومنها مرحلة ما قبل العمليات (وتبدأ تقريباً من عامين وحتى سبع أعوام) ثم مرحلة العمليات المحسوسة (من سن السابعة تقريباً وحتى سن الحادية عشرة) وفي أثناء هذه المرحلة تنمو لدى الأطفال القدرة على استخدام المنطق، ولا يعتمدون بقدر كبير على المعلومات الحسية البسيطة في فهمهم لطبيعة الأشياء ويكتسبون القدرة على الإجراء الذهني للعمليات التي كانوا يؤدونها بشكل حَرْفيٍّ من قبل، ثم تأتي بعد ذلك مرحلة العمليات الصورية (وتبدأ من سن أحد عشر عاماً وحتى خمسة عشر عاماً تقريباً) وفي أثناء هذه المرحلة تتطور لدى الطفل القدرة على فهم المنطق المجرد، أي يفكر في عملية التفكير نفسها، وفي نهاية هذه الفترة يكون لدى الطفل نفس القدرات العقلية الموجودة لدى الراشدين حيث يستطيع القيام بالتفكير الإدراكي المعقد (Rubin & McNeil,1981).

وخلال الستينيات من هذا القرن أسهمت الجهود الرائدة لعالم النفس إريك أريكسون في بلورة نظرية نمو الطفل، حيث أشار إلى أن الطفل يحتاج إلى تعلم مهارات خاصة في كل مرحلة من مراحل نموه إذ يعتقد أريكسون- وفقاً لنظريته "النمو النفسي الاجتماعي"- أن الطفل يعبر ثمان مراحل نمائية حتى يتمكن من أن يصبح فاعلاً في مجتمعه. وخلال كل مرحلة من هذه المراحل ينبغي أن يتعلم المهارات الخاصة بها قبل أن ينتقل إلى المرحلة التالية (Rubin & McNeil,1981).

وفي الستينيات من هذا القرن أيضاً أخذت مريان فرستق Marianne Frosig تطبق نظريات كل من بياجيه وأريكسون وخاصة مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم والأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية والانفعالية حيث وصفت فرستق الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية بأن لديهم اختلال وظيفي في مرحلة أو أخرى من مراحل نموهم.

وترى مريان فرستق أنه عندما لا يستطيع الطفل أن يجتاز بنجاح مرحلة من المراحل ويعبرها إلى مرحلة أخرى فإنه يصبح لديه اختلال وظيفي أو ما يسمى بـ "تباطؤ النمو" كنتيجة لهذا الاختلال الوظيفي (Schroeder & Schroeder,1989).

ولقد كانت البداية الفعلية لتطبيق النموذج النمائي للطفل عام ١٩٦٨ عندما قام فرانك هيوت- لأول مرة- بتقييم فاعلية هذا النموذج من أجل تحقيق الأهداف التربوية في الإنجاز الأكاديمي للأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية في سن المدرسة (Wood & Swan,1978). كما تمت عدة محاولات في أواخر الستينيات من أجل استخدام هذا النموذج لتدريب الأطفال الذين يعانون اضطرابات سلوكية وانفعالية في المدارس.

المبادىء الأساسية للنموذج النمائي للطفل:

تقدم الفكرة الأساسية لهذا النموذج على أساس أن كل طفل يمر بعدة مراحل نمائية وهي متساوية لدى كل الأطفال، إلا أن منظرو هذا النموذج يختلفون في ماهية هذه المراحل، ولكنهم يتفقون على إمكانية وجود اختلال وظيفي أو "تباطؤ في النمو" لدى أي طفل في أي مرحلة من مراحل النمو.

ويعتقد رواد هذا النموذج أن بعض المراحل الحرجة من عمر الطفل قد ينشأ عنها عدد من الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية المختلفة (Wood & Swan, 1978, p.198).

أهم الدراسات التي تعرضت للنموذج النمائي للطفل:

أجريت العديد من الأبحاث والدراسات حول النموذج النمائي للطفل وامكانية تطبيقه في مجال التربية الخاصة مع الأطفال غير العاديين.

إلا أن معظم هذه الدراسات والبحوث تركزت جهودها على تعريف المراحل التي يمر بها الأطفال العاديين، وقد قدمت هذه الدراسات خلال الخمسينيات والستينيات من هذا القرن، إلا أن التحول الهام في هذه البحوث تم في نهاية الستينيات على يدي فروستق عندما حاولت تطبيق هذا النموذج في مجال التربية الخاصة معتمدة على نظريات بياجيه، حيث أشارت فروستق في دراستها عام ١٩٦٨ إلى أن هناك خمسة مراحل أساسية يمر بها الطفل خلال نموه وهي: القدرات الحسية الحركية واللغة والإدراك وعمليات التفكير والنمو الاجتماعي والعاطفي (Apter & Conoley,1984,p.70).

وفي الغالب فإن الطفل الذي يعاني من اضطرابات انفعالية لا يستطيع اجتياز مرحلة أو أكثر من مراحل النمو هذه، ولهذا يهتم الباحثون في نموذج نمو الطفل بالتركيز على ضرورة

التدخل من أجل علاج الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات الانفعالية.

وقد كانت إسهامات هيوت وأريكسون في توضيح معالم هذا النموذج إسهامات جيدة حيث قسما مراحل النمو إلى أقساماً متعددة تعكس القدرات التحصيلية وتلك المهارات، ومن أهم هذه المراحل في نظر هيوت وأريكسون: مهارات الانتباه والتركيز، ومهارات الرد والإجابة، ومهارات الاكتشاف، ومهارات التفوق (Wood & Suan,1978).

ومنذ عام ١٩٧٠ والباحثون يعملون في ابتكار المناهج المبنية على نموذج ونظريات نمو الطفل التي سوف تستفيد منها المدارس للتدخلات العلاجية وعلى سبيل المثال في منتصف عام ١٩٧٠م قامت وود بابتكار «المنهاج العلاجي للنمو» والذي يبنى على الافتراض القائم على أن بعض الوظائف والمهارات النمائية تكون بشكل عام قابلة للتطبيق في النمو الاجتماعي والعاطفي لكل الأطفال سواءً كانوا يعانون من اضطرابات انفعالية أم لا (Wood & Swan, 1978).

وقد قسمت الباحثة وود Wood فترات النمو إلى عدة فترات تتسم بالتعقيد وكثرة الاجراءات مقارنة بالباحثين الذين سبقوها، والواقع أن منهاج وود الذي قامت بإعداده يحتوي على ١٤٩ صفة من الصفـــات النمائيـــة في حياة الطفل العادي (Wood & Swan, 1978).

علاقة هذا النموذج بالنماذج الأخرى:

يختلف النموذج النمائي للطفل عن غيره من النماذج في أنه يركز على أن الطفل قد لا يستطيع اجتياز احدى المراحل في عملية النمو وبالتالي لا يستطيع الانتقال الطبيعي إلى المرحلة النمائية الأخرى. ويعتبر هذا النموذج قريباً نوعاً ما من نموذج

التحليل النفسي والذي يعتبر فرويد من رواده. ولكن نموذج نمو الطفل يختلف اختلافاً كبيراً عن النماذج الأخرى مثل النموذج السلوكي والنموذج الاجتماعي لأن نموذج نمو الطفل يشدد على أهمية الطفل كفرد لا على البيئة التي يعيش فيها الطفل.

ولكنه في نفس الوقت يولي أهمية خاصة لتصميم الفصل الدراسي والمناهج الدراسية وكذلك تغيير الأشياء التي يتعامل بها الطفل كلما تجاوز مرحلة من مراحل النمو حتى تعكس هذه الأشياء النمو الجديد في المرحلة الجديدة (Wood & Swan, 1978).

ويعتبر هذا النموذج قريباً من النموذج الطبي في أن اخفاق الطفل في أي جانب من جوانب النمو يعتبر راجعاً إلى مشكلة عضوية (schroeder & schroeder, 1982). ويتفق هذا النموذج مع النموذج الاجتماعي في أن المشكلات في أي مرحلة من مراحل النمو قد تنشأ عن مشكلة اجتماعية أو ذات أصل اجتماعي.

فوائد هذا النموذج للتربية الخاصة:

هناك جهود ملحوظة لإدخال هذا النموذج في معالجة المشاكل التي قد تنشأ عند الأطفال المعوقين وخصوصاً من يعانون من اضطرابات انفعالية أو سلوكية. ان العلم بأوجه النمو العادي للطفل يمكن معلم التربية الخاصة من الوقوف على حالة الطفل واكتشاف ماهية المشكلة التي تجعل هذا الطفل أو ذاك متأخراً عن غيره على الرغم من أن هذا النموذج واجه عدة انتقادات ولعل من أهمها أن هذا النموذج يتسم بالتيسير لا بالتعقيد، ويحتوي فقط على خمسة إلى ثمانية مراحل، وهذا العدد يمثل محدودية هذا النموذج وقدرته على شرح ووصف اختلال النمو أو السلوك (Wood & Swan, 1978).

إلا أن هذا النموذج بمراحله المختلفة يمكن أن يساعد التربية الخاصة في القيام ببعض مهامها ولنضرب مثالاً على ذلك بتلك الدراسة التي قام بها كل من وود وسوان (Wood & Swan,1978) في تقييم ١٤٦ خطوة مختلفة تستخدم في تعليم الأطفال المعاقين والذين يدرسون في مراحل التعليم الأولية (التعليم الأساسي) فقد أظهرت هذه الدراسة نتائج إيجابية في إمكانية مساعدة هؤلاء الأطفال في التغلب على مشاكل متعددة تظهر خلال مراحل النمو إذا ما استخدم معهم الأسلوب القائم على أسس مستقاة من مفهوم النموذج النمائي للطفل.

النموذج الثاني - النموذج السلوكي:

ترجع نشأة هذا النموذج إلى أعمال العالم الروسي ايفان بافلوف في بداية القرن العشرين، من خلال أبحاثه على مجموعة من الكلاب اكتشف بافلوف أن الحيوانات تتعلم الجمع بين الحوادث والأشياء من خلال قانون التوقعات (Apter & Conoley,1984). وبصورة أكثر دقة اكتشف بافلوف أن الكلب يمكن أن يتعلم (التعلم الاشراطي) أن يسيل لعابه نتيجة لدق الجرس وذلك من خلال جعل الكلب يتصور أنه سوف يحصل على الطعام كنتيجة لدقات الجرس.

بعد بافلوف حاول كثير من الباحثين التوسع في دراسة هذا النموذج ومحاولة تطبيق هذا النموذج على الإنسان ومن هؤلاء الباحثين جان واتسون وسكنر (Watson & Skinner) من الولايات المتحدة الأمريكية اللذان قدما مساهمات كبيرة عن مدى تأثير تعديل فكرة ملاحظة تكييف السلوك ويعني ذلك أن الطفل لا يتعلم فقط من خلال تجاربه الشخصية ولكن من خلال الثواب والعقاب من الآخرين (Apter & Conaley, 1984) وهذا ما يسمى التعلم بالملاحظة.

المبادىء الأساسية لهذا النموذج:

هذا النموذج بُني على أساس الافتراض القائل أن "السلوك يمكن تعديله" وأن السلوك الجديد والمهارات الجديدة من الممكن تعلمها وأن العلاقة الفعالة بين البيئة والأحداث والسلوك يمكن أن تتضح وتشاهد عن طريق سلوك الطفل" (Knoblock,1983). فعندما يقوم الطفل بأي عمل فهو يكافأ أو يعاقب على هذا العمل، فإذا عوقب على عمله فهو يتعلم أن لا يعمله مرة أخرى في المستقبل (Knoblock,1983) ان المؤيدين لهذا النموذج يعتقدون أنه بالإمكان مساعدة الطفل المضطرب سلوكياً أو انفعالياً ومن خلال استخدام أسلوب التعزيز بالإمكان الغاء السلوك الخاطيء لهذا الطفل واعطائه المكافأة للسلوك الجيد.

الدراسات في هذا النموذج:

ان معظم الدراسات في هذا النموذج طورت من خلال أبحاث ودراسات كل من بافلوف، وواتسون، وسكنر، وبندورا Pavlov,Watson,Skinner and Bandura، فإن اسهامات بافلوف تأتي من خلال اكتشافه الاستجابات المشروطة وذلك عندما يغير الشخص سلوكه نتيجة تعزيز أو مكافأة من بيئته. أما واتسون فيعتبر المسئول عن تقديم هذا النموذج السلوكي في الولايات المتحدة الأمريكية. أما سكنر من خلال أبحاثه توصل إلى فكرة المؤثر المشروط وذلك عندما يظهر الشخص نوع من أنواع السلوك سواءً كان هناك تعزيز من البيئة أو لم يكن (Apter & Condey, 1984).

ويذهب بندورا إلى أبعد من ذلك في أبحاثه ودراساته فيرى ببساطة أن الشخص الملاحظ لشخص أخر في سلوك من الممكن تغيير سلوكه نتيجة لملاحظته ومراقبة الشخص الآخر وهو يكافأ أو يعاقب من الآخرين. وهناك دراسات أخرى ركزت على

امكانية تطبيق هذا النموذج في التربية الخاصة وفي التربية بشكل عام وبعض الدراسات في هذا المجال توصلت إلى أن النموذج السلوكي غالباً ما يمكن تطبيقه في التربية الخاصة وبنجاح تام، وعلى سبيل المثال ما فعله جابل وستارين (Gable & Strain, 1981) حيث قدما الدليل على نجاح عملية الثواب الرمزي لتعزيز للسلوك الأفضل. أما سميث ويونج وويست ومورجان ورود (Smith,Young,West,Morgan, & Rhode, 1988) فقد أوضحوا أن أسلوب الإدارة الذاتية ممكن أن يخدم كبديل لأسلوب الثواب الرمزي للتعزيز.

علاقة هذا النموذج بالنماذج الأخرى:

لهذا النموذج علاقة قريبة من النموذج البيئي Ecological وهو نموذج العلاقات بين الكائنات الحية وبيئتها وذلك من خلال تأثير البيئة على السلوك. لقد أوضحت النظرية السلوكية أن الطفل المضطرب انفعالياً غالباً ما يكون مرتبطاً بالبيئة المشوشة من حوله (Samuels,1981). لكن في الحقيقة نموذج تعديل السلوك يركز على تغيير بيئة الطفل المشروط من أجل تعديل سلوك الطفل بينما يركز النموذج البيئي Ecological على أن المشكلة تكمن في شيء ما بداخل الطفل.

ويختلف نموذج تعديل السلوك هذا اختلافاً جذرياً مع النموذج الطبي الذي يركز على أشياء بداخل الطفل ولكن ليس على أشياء في بيئة الطفل المحيطة. وفي هذا السياق يسعى النموذج الطبي إلى علاج الطفل عن طريق جراحة المخ أو عن طريق علاج المركز العصبي في الجسم بينما يسعى النموذج السلوكي إلى محاولة العمل على علاج عوامل خارجية تحيط ببيئة الطفل (Knoblock,1983).

فوائد هذا النموذج في التربية الخاصة:

أثبت هذا النموذج وبشكل متكرر نجاحه في تعليم الأطفال المعاقين وخصوصاً هؤلاء الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو انفعالية، وكذلك أثبت نجاحه وفائدته في فصول التربية الخاصة لانه يوفر أساساً قوياً لمعلم التربية الخاصة وفي هذا الخصوص يعتقد بوكهولد وجوبريم (Buckholdt & Gubrium,1980) ان نموذج تعديل السلوك يوفر أدلة مثبتة ومختبرة للتشخيص والعلاج وادارة السلوك المضطرب والسلوك المنفعل لدى الأطفال.

وقد حاول بعض متخصصي التربية الخاصة استخدام أسلوب العقاب كطريق لتخفيف السلوك غير المرغوب اجتماعياً معتقدين أن الطفل سوف يتعلم أن يتجنب السلوك السيء مع استخدام أسلوب العقاب. وأنه في الجانب الآخر فإن أسلوب الثواب أو التعزيز الايجابي يحبب الطفل في تعلم السلوك الجيد والمحبذ. وفي دراسة قام بها جابل وستارين (Gable & Strain, 1981) أشارا إلى أن أسلوب الثواب أو التعزيز الايجابي مناسب جداً لفصول التربية الخاصة لأنه يمكن تطبيقه مع مجموعة مختلفة من الأطفال المضطربين سلوكياً.

النموذج الثالث - النموذج الطبي:

يقوم النموذج الطبي على أن السبب الرئيسي وراء الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال يكمن في خلل في الأعضاء سواءً بسبب الجينات أو بسبب عطل أو خلل في المراكز العصبية في الجسم. وبالإضافة إلى ذلك يذهب النموذج الطبي إلى الاضطرابات السلوكية ممكن أن تحدث نتيجة سوء في التغذية أو التسمم الغذائي نتيجة لاستخدام المواد الكيماوية المضافة إلى بعض الأغذية، وكذلك المواد الملونة والمواد الحافظة.

ان النموذج الطبي هذا يوضح أن الاضطرابات السلوكية تحدث نتيجة لخلل في الأعضاء قُدمت خلال الأبحاث الأولية السابقة في أواخر الأربعينيات من خلال دراسات وأبحاث كل من A. A. Straus & L.E. Lehtinen. ففي عام (١٩٤٧) بحثا Strauss & Lentinen في موضوع علم النفس المرضي والتربية للأطفال المصابين باصابات مخية ووجدا أن التلف المخي البسيط عنصر مساهم ويسبب عجز بسيط في السلوك مثل مشكلة النشاط الزائد للأطفال، أو الاندفاعية الزائدة أو الضعف في القدرات أو التناسق الحركي للجسم، أو عدم الثبات الانفعالي (Schroeder & Schroeder,1982) وقد عُرفت تلك الظاهرة بعد ذلك بعرض ستراس "Strauss Syndrome".

ومن خلال الابحاث التي أجريت منذ عام ١٩٤٠ وحتى الآن اتضح أن الضعف في الجينات أو الكروموسومات وأن الاضافات الكيماوية لبعض الأغذية تعتبر عناصر أخرى مساهمة للمشاكل السلوكية لدى الأطفال.

المبادئ الأساسية لهذا النموذج:

يتجه النموذج الطبي إلى أن الأسباب الرئيسة وراء الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال "تكون بسبب مشاكل طبية سواءً في جسم أو عقل الطفل" يقول Knoblock (١٩٨٣) "هذا النموذج يتجه إلى أن كثير من الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال تكون في الغالب ناتجة عن عناصر جينية أو عضوية في الطفل نفسه وتسبب عدة أعراض ومنها انفصام الشخصية لدى الطفل، النشاط الزائد، التلف المخي البسيط" (P.30) وبناءً على هذا ولأن النموذج الطبي يتجه إلى أن أسباب المشاكل السلوكية تكون عضوية يسعى المؤيدون لهذا النموذج إلى استخدام العلاج الطبي مثل استخدام الحميه أو الأدوية والعقاقير للتحكم في بعض هؤلاء الأعراض (Samuels,1981).

أهم الدراسات التي أجريت حول هذا النموذج:

على الرغم من أن النموذج الطبي لا يعطي تفسيراً لكل نوع من أنواع الاضطرابات السلوكية إلا أنه أثبت أن العناصر العضوية لها علاقة بتلك الاضطرابات وهذا صحيح إذا ما أخذنا على سبيل المثال الضعف في المراكز العصبية في الجسم. لأن "الدراسات الخاصة بالأطفال الذين يعانون من اضطرابات عصبية شديدة أثبتت أنهم يظهرون في الواقع نسبة كبيرة من الاضطرابات السلوكية وذلك مقارنة بالأطفال العاديين (Schroeder & Schroeder,1982, p.162).

أشارت بعض الدراسات في هذا النموذج إلى أن الجينات يمكن أن تلعب دوراً في الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية ولكن بعض الدراسات الأخرى أشارت إلى أن سوء التغذية واستخدام بعض المواد السامة بواسطة الأطفال تكون سبباً رئيساً في هذه الاضطرابات الانفعالية السلوكية وأوضحت هذه الدراسات على سبيل المثال أن الأطفال الذين يتناولون أو يتعاطون الزنك أو الرصاص عن طريق الخطأ من المنزل أو من البيئة المحيطة ممكن أن يتعرضوا إلى اصابة في المخ أو النشاط الزائد أو حتى الموت (Apter & Conoley,1984). بالإضافة إلى ذلك فان المواد التي تستخدم في تلوين بعض الأطعمة أو بعض المواد المضافة للأطعمة بغرض الحفظ ويدخل في ذلك السكر، والملح، أو بعض الأحماض المضافة تكون أحد الأسباب الممكنة المسببة للنشاط الزائد لدى بعض الأطفال وغير ذلك من المشكلات السلوكية (Walker,1982).

لقد أوضحت بعض الدراسات أن التسمم عن طريق الرصاص يكون سبباً رئيساً لإحداث اضطرابات سلوكية شديدة لدى الأطفال (Marlowe & Errera,1982) كذلك أوضحت بعض الدراسات الأخرى أن تناول نسبة بسيطة جداً من الرصاص تحدث أحياناً مشكلة النشاط الزائد لدى الأطفال والاندفاعية وغيرها.

وذلك بعكس ما كان يعتقد في السابق بأن تناول نسب بسيطة من الرصاص لا يحدث شيئاً. وفي ألمانيا أثبتت الدراسات أن اضافة الفوسفات للحمية يمكن أن يسبب اضطرابات سلوكية لدى الأطفال (Walker,1982).

كذلك أثبتت الدراسات أنه بالإمكان استخدام العلاج الطبي وذلك لمساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، فعلى سبيل المثال وجد أن استخدام الأدوية واستخدام الفيتامينات يساعدان في العلاج للأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد أو السلوك الانفعالي. وأن اخصائي التغذية في الحقيقة كانوا ومازالوا يبحثون عن طرق عديدة وذلك لمحاولة تغيير أو تعديل نظام حمية للطفل من أجل تخفيض أو الإقلال من الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال. فعلى سبيل المثال خلص كفلي و ني Kavale & Nye (1984) من خلال مراجعة سبعين دراسة بخصوص فعالية التدخل الطبي إلى أن استخدام التدخل بالأدوية يفيد كثيراً مع الأطفال ذوي النشاط الزائد ويحسن من انتباه الطفل لمدة أطول وكثيراً ما يحصل الأطفال هؤلاء على درجة أعلى في اختبارات الذكاء.

علاقة هذا النموذج بالنماذج الأخرى:

يختلف النموذج الطبي عن غيره من النماذج الأخرى لأنه في واقع الأمر يرى أن الاضطرابات السلوكية والتي تبدو أنها اضطرابات خارجية عن الجسم تكون ذات مصدر داخلي أي من داخل الجسم (Apter & Conoley,1984). وفي هذا السياق يمضي نوبلوك (Knoblock,1983) في شرحه للنموذج الطبي قائلاً: "النموذج الطبي اتجاه يحدد أن الاعاقة أو المرض تأتي كنتيجة لمشكلة في داخل الفرد" (ص٢٠).

ولسوء الحظ فإن النموذج الطبي فشل في أن يأخذ في الحسبان العوامل الخارجية مثلما فعل النموذج السلوكي والنموذج الاجتماعي والنموذج البيئي. وبسبب هذا الفشل وجهت إلى النموذج الطبي انتقادات كثيرة وذلك لعدم توجيه العناية والاهتمام الكافيين للعوامل والقوى الاجتماعية المتفاعلة التي تضغط على الفرد" (Knoblock,1983,p.30).

إلا أنه توجد علاقة بسيطة بين هذا النموذج ونموذج نمو الطفل من ناحية أن الخلل في بعض الأعضاء ممكن أن يكون ناتجاً عن صعوبات في النمو والعكس صحيح.

فوائد هذا النموذج في التربية الخاصة:

لأن النموذج الطبي ينظر إلى الاضطرابات السلوكية كنوع من الاختلال الوظيفي أو المرضي للأعضاء فإن الأطباء بصفة عامة يذهبون إلى أن هذا النوع من الأطفال المصابين بهذه الاضطرابات يجب أن ينقلوا من البيئة التعليمية بوجه عام (Apter, & Conoley,1984). وبناءً على ذلك فإن نقل الطفل بصورة مؤقتة من البيئة التعليمية تعطي اخصائي التربية الخاصة الفرصة لتطبيق العلاج للأطفال الذين يعانون الاختلال الوظيفي أو المرضي. وعلى الرغم من أن العلاج في واقع الأمر لن يشفي هذا الطفل أو ذاك في الغالب ولكن قد يساعد في ضبط أو كبح هذه المشكلة واعطاء هذا الطفل الوقت الكافي للتدريب الفاعل لكي يحدث، فعلى سبيل المثال فإن معلم التربية الخاصة والذي يتعامل مع الأطفال الذين لديهم مشاكل طبية يحتاج في واقع الأمر إلى أن يعرف دور وأهمية التغذية والحمية للطفل، لأن هناك بعض الأطفال قد يبدون بعض الاضطرابات السلوكية نظراً لأن أجسامهم لا تستطيع أن تتحمل بعض أنواع الأغذية أو الأطعمة مثل غيرهم من الأطفال. بالإضافة إلى ذلك يجب على معلم التربية الخاصة أن

يعرف ما يحتاجه هؤلاء الأطفال من فيتامينات أو أدوية وعقاقير للمساعدة في علاجهم.

ان عملية اقصاء أو عزل الطفل مؤقتاً كتمرين يعتبر عنصراً مساعداً لمساعدة الأطفال الذين لديهم اضطراب وظيفي، فكل هذه الطرق في حقيقة الأمر يمكن أن تطبق جميعاً في الفصل الدراسي الخاص متى ما دعت الحاجة لذلك.

النموذج الرابع - نموذج صعوبات التعلم:

ان الاهتمامات الأولية بصعوبات التعلم جاءت في واقع الأمر من علم الطب، وبصفة خاصة من علم الأعصاب لأن الصعوبات في القراءة والكتابة والتحدث والرياضيات تنتج عن الاصابة المخية ولهذا السبب سئل أخصائي الأعصاب لتشخيص وعلاج هذه الحالة. وبناءً على هذا أصبح هناك عدة اصطلاحات طبية للتعبير عن كل خلل أو اختلال وظيفي لأحد عمليات التعلم كنتيجة للإصابة المخية.

وقد أوضح أخصائي الأعصاب النمساوي فرانسيس جل Frances Joseph Gall في عام ١٨٠٢ العلاقة بين الاصابات المخية والاضطراب في اللغة أو ما يسمى Aphasia الحبسه وهي فقد القدرة على الكلام (Head,1926). نتيجة لذلك حاول F.J.Gall دراسة عدد من المرضى البالغين والذين فقدوا القدرة على الكلام بسبب اصابة مخية وحاول أن يتعرف على مواقع الشخصية والرياضيات والذكاء في المخ. وبعد ٦٠ عاماً ساهم بروكا (Pierre Paul Broca) وغيره بعدة افتراضات هامة في هذا المجال ومنها وظيفة نصفي المخ (الأيسر والأيمن) لأن كل نصف مختلف عن الآخر ويقوم بوظائف مختلفة عن النصف الآخر وأن هناك منطقة في نصف المخ مسؤولة عن وظيفة الكلام وهي تتحكم في حركة الأجزاء المختلفة لجهاز الكلام وتعرف بمنطقة بروكا نسبة إلى بيير بول

بروكا Pierrepaul Broca (Gearheart & Gearhrert,1989).

ومن ناحية أخرى أوضح العالم الأمريكي جاكسون John H. Jackson بأن هناك عدة أنواع من Aphasia الحبسه ويدخل في ذلك فقدان القدرة على الكلام وعدم القدرة على الكتابة، وفقدان القدرة على القراءة (Kirk,1984). وفي الحقيقة بأن جاكسون Jackson تابع طريق Broca في عمله في مجال اضطراب اللغة وخصوصاً فقدان القدرة على الكلام. فحاول جاكسون Jacksoon تحديد موقع اضطرابات الكلام في مركز المخ وحاول تطوير نظام لتصنيف عناصر عملية الكلام.

وهناك الكثير من العلماء الذين عملوا بجد ونشاط كبير من أجل النهوض وابتكار كثير من البرامج التعليمية للأطفال الذين يعانون من صعوبات تعليمية، فعلى سبيل المثال من المساهمين لنموذج صعوبات التعلم الدكتور اورتن Samuel Orton الأستاذ في الأعصاب من جامعة ايوا الذي لم يوافق مع هنشورد Hinshelwood على أن عدم القدرة على القراءة جاء بنتيجة لنقص في سيطرة المخ وهو يعتقد أن هذا النقص يحدث لجلجة أو اعاقة في انسياب الكلام وكذلك يحدث صعوبات في القراءة (Kirk,1984)

ومن المساهمين المتميزين في تخصص صعوبات التعلم كل من ستراس و ورنر Heinz Werner & Alfred Strauss اللذان قدما إلى الولايات المتحدة من ألمانيا وساهما مساهمات قوية في مجال تأثير الاصابة المخية على صعوبات التعلم ومنها تطوير عدد من الأفكار والأعمال الهامة في مجال صعوبات التعلم.

ولقد أوضح هيوارد (Heward,1988) أن البداية الحقيقية لصعوبات التعلم كتخصص مستقل كما يراها كثير من مؤرخي التربية الخاصة قد ظهرت في حركة صعوبات التعلم في عام ١٩٦٣ عندما ألقى الدكتور Samuel Kirk في أميركا كلمة في مجموعة من الآباء والأمهات الذين لديهم أطفال يعانون من مشاكل في القراءة وكان بعضهم يعاني من مشكلة النشاط الزائد أو كانت لديهم

مشاكل في الرياضيات. وكان هؤلاء الآباء والأمهات لا يؤمنون بالرأي القائل أن مشاكل أطفالهم هذه جاءت كنتيجة للتخلف العقلي أو الاضطرابات الانفعالية وكذلك لم يحبذوا التسميات والنعوت التي كانت تطلق على أطفالهم فجاء Kirk واطلق اسم صعوبات التعلم ولاقى استحساناً من هؤلاء الآباء والأمهات فأصبح هؤلاء الأطفال أطفالاً يعانون من صعوبات التعلم ولا شيء أخر، وقامت في الولايات المتحدة الأمريكية أنذاك جمعية الأطفال ذوي صعوبات التعلم

Association For Children With Learning Disabilities (ACLD).

المبادىء الأساسية لهذا النموذج:

أوضح كل من جانسون ومايكلبصت Johnson & Myklebust (١٩٨٧) المبادىء الأساسية العلاجية لصعوبات التعلم وهي كالتالي:

١ - تحديد المشكلة: ويعني هذا أن يكون المعلم ملماً بالمشكلة وأن يكون ملماً كذلك بصفات الطفل الذي يعاني من مشكلة صعوبات التعلم.

٢ - مساعدة الطفل على التعلم يجب أن تعتمد على ما هية الضعف الذي يعاني منه هذا الطفل ومن ثم يتم تعليمه والاهتمام به بناءً على ذلك.

٣ - ان يكون تعليم الطفل بناءً على استعدادات هذا الطفل وقدراته، لذلك وجب على المعلم أن يكون ملماً وواعياً لعدة مراحل من الاستعداد والقدرات مما يسهل عملية هذا النموذج كعلاج.

٤ - يجب الاهتمام بالمعلومات التي يزود بها المعلم عن هذا الطفل مهما كانت وكذلك الاهتمام بالنتائج المختلفة عن هذا الطفل لأن هذه المعلومات قد تكون الأساس للتصنيف في المدرسة وكذلك تخدم في تحديد بعض الطرق المميزة لتعليم هذا الطفل.

٥ - يجب أن يكون تعليم الطفل حسب طاقته، كما يجب عدم إعطاء الطفل أي واجبات أو دروس فوق طاقته أو قدرته، وكذلك يجب أن يكون التعليم بشكل متدرج.

٦ - يجب على المعلم أن يحاول ويعزز استخدام الحواس المختلفة لدى الطفل حتى يتمكن المعلم من الاستفادة من أي حاسة يمكن أن تفيد في تعليم الطفل.

٧ - يجب الاهتمام بمواطن الضعف لدى الطفل وهذا الاهتمام يأتي من جانب المحاولات العلاجية فقط.

٨ - التحكم والاهتمام بالعوامل الهامة التي تؤثر في تعليم الطفل فعلى سبيل المثال إذا كان الطفل يعاني من عدم القدرة على التركيز فيجب محاولة استخدام الطرق والوسائل المفيدة في زيادة قدرة الطفل على التركيز وهكذا.

٩ - يجب أن يدرب الطفل على استخدام الطرق اللفظية وغير اللفظية حتى يستطيع هذا الطفل أن يتعلم ويحصل على الخبرات اللازمة في عدة مجالات.

أهم الدراسات في هذا النموذج:

هناك العديد من الدراسات الجيدة في هذا النموذج بالذات والمتميزة وبأعداد كبيرة سواءً عن طريق كتب أو مجلات دورية متخصصة، أما بالنسبة للكتب فهناك الكتب الكثيرة والمتوفرة عن صعوبات التعلم باللغة الإنجليزية بصفة خاصة وعن التربية

الخاصة بصفة عامة. أما بالنسبة للدراسات المتخصصة عن صعوبات التعلم فيمكن الحصول عليها كذلك باللغة الإنجليزية في المجلات الدورية والمتخصصة، فعلى سبيل المثال يمكن النظر إلى الدوريات التالية:

1 - The Journal of Learning Disabilities.
2 - Journal of Exceptional Children.
3 - Journal of Special Education.
4 - The Exceptional Child.
5 - Learning Disabilities Quarterly.

علاقة هذا النموذج بالنماذج الأخرى:

هناك علاقة قوية بين هذا النموذج والنموذج السلوكي خصوصاً في العمليات العلاجية كما ذكرت ذلك ليرنر Lerner (١٩٨٨) لأن برنامج مثل برنامج القراءة يتكون أولاً من درس القراءة ثم بعد ذلك تأتي تمارين عن تلك القراءة وهذا في الواقع يماثل النموذج السلوكي في أن المعلم يبدأ خطوة خطوة حيث يقدم التعزيز المناسب للطفل ثم يُعيد هذا التعزيز والدعم للطفل.

فعلى سبيل المثال هناك برنامج Direct Instruction System For Teaching Arithmetic and Reading (DISTAR) (وهو في الواقع برنامج طريقه التعلم المباشر لتدريس الحساب والقراءة) وهذا البرنامج في الواقع يعتبر أحد البرامج الهامة والذي يستخدم في النموذج السلوكي ونموذج صعوبات التعلم.

ونموذج صعوبات التعلم له علاقة كذلك بالنموذج الطبي لأن الاهتمامات الأولية بهذا النموذج جاءت من الجهود الطبية حيث إن الأطباء لعبوا دوراً مميزاً في مجال صعوبات التعلم وخصوصاً عن طريق استخدام العقاقير والأدوية التي تخفض النشاط الزائد

لدى الأطفال أو زيادة القدرة على الانتباه والتركيز وهناك عدد من البرامج التي يدعمها الأطباء مثل العلاج عن طريق الحمية، أو العلاج عن طريق اعطاء الفيتامينات بجرعات كبيرة، أو علاج انخفاض السكر في الدم، والعلاج عن طريق التحكم في مقدار الكافيين وغيرها من البرامج (Gearheart, & Gearheart, 1989).

وتذهب ليرنر (Lerner,1988) إلى أن الديناميية النفسية (وهي وجهة النظر المعينة التي تذهب إلى أن السلوك ينتج أساساً عن الحوافز والدوافع والحاجات) تنظر إلى صعوبات التعلم على أنها نتائج انفعالية وعاطفية للإخفاق والضعف. لأن الطفل الذي يعاني من صعوبات التعلم غالباً ما ينشأ وينمو مع ضعف في الثقة بالنفس وتكون لديه فرص قليلة لتطوير وتنمية شعوره بقيمته النفسية.

فوائد هذا النموذج في التربية الخاصة:

نموذج صعوبات التعلم يعتبر بحق من النماذج الناجحة خصوصاً لمن يعاني من أي صعوبة معينة من صعوبات التعلم وهذا النموذج يحتوي على عدة أنظمة وطرق لمساعدة الأطفال غير العاديين وخصوصاً من لديهم صعوبات تعلم.

والمعلم في هذا النموذج يجب أن يتعرف على خصائص الطفل غير العادي وحاجاته حتى يستطيع استخدام طريقة معينة ونموذج معين وأيضاً يجب على المعلم أن يفهم المباديء الأساسية لهذا النموذج من أجل استخدامه وحتى يستطيع أن يستخدم أحد الاستراتيجيات الخاصة بهذا النموذج مثل: تطوير مهارات الادراك الاجتماعية، وبناء الأفكار الذاتية، تعديل السلوك الادراكي وغير ذلك من الاستراتيجيات (Lerner,1988).

لخص باوم Baume (١٩٨٩) الخطوات التي غالباً ما تستخدم عند تطبيق استراتيجيات صعوبات التعلم ومنها ما يلي:

١ - ينبغي تقييم عمل الطالب عندما يقوم بعمل مهمة ما ويكون هناك مهارات مستهدفة ينبغي على الطالب الوصول إليها.

٢ - على المعلم أن يشرح بالضبط وبالتفصيل استراتيجيات التعلم للطالب ويدخل في ذلك المراحل والخطوات التي ينبغي للطالب اتباعها.

٣ - على المعلم أن يقوم أحياناً بأداء الاستراتيجيات أو الخطوات التعليمية بنفسه حتى يمكن للطالب أن يعمل المثل.

٤ - يحاول المعلم أن يفهم الطالب المرحلة أو الخطوة التي يجب عملها لفظياً أولاً ثم يقوم بعد ذلك بأدائها.

٥ - اعطاء الفرصة للطالب أن يتعرف على الاستراتيجية أو المهارة عدة مرات قبل أدائها على الوجه الصحيح مما يؤدي إلى اتمام واتقان المهارة.

٦ - قدم التغذية الراجعة للطالب متى ما احتاج الطالب إليها.

٧ - العمل على أن يؤدي الطالب التمارين اللازمة للاستراتيجيات التعليمية بالمواد الموجودة والمستخدمة في الفصل الدراسي العادي.

النموذج الخامس - النموذج البيئي:

تعود الجذور الأساسية لهذا النموذج إلى الأعمال التي قام بها المختصون بعلم الإنسان (علم يبحث في أصل الجنس البشري وتطوره واعراقه وعاداته وتقاليده) وعلم الاجتماع وعلم النفس والطب (Montgomery & Paul, 1982).

ان النموذج البيئي يعني استخدام عدة طرق من عدة علوم لشرح الاضطرابات التي يعاني منها الطفل. انه يركز على فكرة an "ecosystem" ويقصد بها ان كل العوامل سواءً الداخلية أو الخارجية أو المحيطة بالطفل تلعب دوراً أساسياً في حياته.

إن فكرة ecosytem طورت في الثلاثينيات من هذا القرن لتوضح أن التعامل والذي يحدث بين الكائنات الحية والبيئة المحيطة بها (Knoblock,1983) أي الكائنات الحية وغير الحية.

إن التطبيقات الأولية لهذا النموذج وخصوصاً بالنسبة للأطفال المضطربين سلوكياً جاءت في الستينيات من هذا القرن عن طريق أعمال رودز W.C.Rhodes. لقد أوضح رودز Rhodes أن الاضطرابات السلوكية لم تأت نتيجة عوامل داخلية لدى الطفل فقط أو عوامل خارجية بيئية فقط وإنما جاءت نتيجة عدم التفاعل بين الطفل وبيئته. من وجهة نظر رودز Rhodes فإنه يعتقد أن المشكلة تكمن في "الفصل بين الأطفال المنحرفين وبين بيئتهم" (Knoblock,1983,p.33).

المبادىء الأساسية لهذا النموذج:

من هذا النموذج نفهم أن العوامل الداخلية لدى الطفل ليست وحدها السبب الرئيس للاضطرابات السلوكية والانفعالية وليست البيئة كذلك وإنما المشكلة يمكن أن تشاهد من خلال العلاقة بين الطفل وبيئته مجتمعة. إن هذا النموذج "ecosystem يعتبر نموذجاً مؤلفاً من جميع القوى الموجودة في البيئة والمتفاعلة فيما بينها وكل قوة من هذه القوى أو العناصر تؤثر في القوة الأخرى من هذا النظام البيئي" (Knoblock,1983,p.33).

في عام ١٩٦٤ بدأ رودز W.C. Rhodes -وهو من أوائل الباحثين في هذا النموذج- في تحليل العلاقة بين الطفل المضطرب سلوكياً وبين الأشياء المحيطة به. وبعد هذا التاريخ قام بعض الباحثين بمحاولة التعرف بدقة على العناصر المكونة للنظام البيئي المدرسي فعلى سبيل المثال حاول سواب Swap,1978 تعريف ما أسماه بالشبكة البيئية والتي تتكون في نظره من ثلاثة مراحل وهي المكان أو الموقع الذي يحدث فيه السلوك، ونوعية السلوك وبيئة الطفل المحلية ككل (p.186).

وقد توصل باحثون أخرون إلى تعاريف أخرى للنظام البيئي المدرسي والتي هي في الواقع أكثر تعقيداً مما ذهب إليه سواب (Swap) لأنها تحاول تقسيم هذه العناصر الثلاثة إلى عناصر أخرى. فعلى سبيل المثال أكد بعض الباحثين على الدور الذي تقوم به المدرسة نفسها من أجل خلق النظام البيئي المدرسي المناسب. ففي هذا السياق يقول Schanidt,1979 "إن الأطفال خلال الاثني عشر سنة الأولى من عمرهم يقضون نصف نهارهم- على الأقل- في المدرسة والنصف الآخر في البيت" (p.13). من هذا القول نستطيع أن نقول أن البيئة المدرسية هامة للغاية كعنصر فعال لنمو الطفل وكعنصر فعال في النظام البيئي بشكل عام. فالنظام البيئي المدرسي يمكن أن ينظر إليه على أنه نظام معقد نوعاً ما لأنه يتكون من المعلمين والطلاب والإداريين والمبنى المدرسي نفسه. فملائمة النموذج البيئي لكل هذه العناصر التي ذكرناها أمر هام للغاية حتى نستطيع أن نفهم التفاعل المعقد والذي يحدث لحياة الطفل العادي والطفل غير العادي.

الطفل ويدخل في ذلك الطفل نفسه، وعائلته، ومدرسته، وزملاؤه في الدراسة، والمجتمع الذي يعيش فيه (Samuels,1981).

وعلى الرغم من صعوبة تصور أن كل هذه العوامل تتسبب أو تتدخل في إحداث الاضطرابات السلوكية لطفل ما، إلا أن واحداً منها على الأقل له علاقة بهذه الاضطرابات، أو ربما عدد من هذه العوامل له علاقة بهذه الاضطرابات.

ومن مظاهر هذا النموذج البيئي التي تخدم الفصل الدراسي من حيث التدخل العلاجي أن هذا النموذج يتعامل مع الطفل ومع بيئته في نفس الوقت.

ومن الفوائد الهامة التي أثبتت فاعليتها للتدخل العلاجي من هذا النموذج ما يسمى بـ "Observation Scales" أي مقياس الملاحظة والذي يمكّن المعلم من ملاحظة سلوك معين للطفل ومن ثم تسجيله (Montogomery & Paul,1982,p.217). لأن المعلم بهذه الطريقة يتمكن من التعرف على مشكلة معينة عن طريق تحليل هذه الملاحظات.

وقد أشار صمويل Samuels,1981 إلى أن التدخلات العلاجية البيئية تتميز بالشمولية ويمكن استخدامها مع كثير من طلاب التربية الخاصة. والبرامج في هذا النموذج يمكن أن تشمل مواجهة الأزمات الخاصة بالعائلة التي لديها طفل مضطرب سلوكياً أو انفعالياً، أو طفل غير عادي، أو طفل له برنامج خاص لفترة مؤقتة، أو خدمات المساعدة المالية وغيرها" (p.34).

النموذج السادس - النموذج الاجتماعي:

ترجع جذور هذا النموذج الذي يسعى إلى التعامل مع الأطفال المضطربين سلوكياً إلى النظريات التي قدمها العالم Emile Durkheim في القرن التاسع عشر. كان Durkheim من العلماء الأوائل الذين اهتموا بشرح العلاقات التي تنشأ بين الفرد ومجتمعه بشكل عام. وهذا النموذج يهتم بالتفاعل الاجتماعي بين أفراد المجتمع من خلال النماذج السلوكية التي يظهرها الأفراد داخل هذا المجتمع.

وفقاً للنظرية الاجتماعية فإن المجتمع يتكون من أنظمة ذات قواعد وقوانين يجب أن تتبع من قِبل أفراد المجتمع وكل شخص يقوم بمخالفة أي من هذه القواعد والقوانين يعتبر منحرفاً ولا بد من التعامل معه على هذا الأساس. إلا أن إصدار مسميات مثل منحرف تخلق نوعاً من وصمة العار وتعطي اسماً غير محبب لمن ينحرف سلوكه أكثر من العمل على إيقاف هذا السلوك غير المحبب (Schlechty & Paul,1982).

المبادىء الأساسية لهذا النموذج:

ووفقاً للنظرية الاجتماعية فإن عملية تكييف الفرد نفسه مع القواعد والقوانين في مجتمعه تسمى (Socialization) الاجتماعية (Apter & Conoley,1984,p.73).

ومن خلال هذه العملية الاجتماعية يستطيع الطفل العادي أن يتعامل مع المدرسة بنجاح وكذلك مع مجتمعه بشكل عام. ومن هنا لا بد لنا من ملاحظة أن النموذج الاجتماعي يؤمن بأن المدرسة إحدى المنظمات الاجتماعية في المجتمع. ولكن الطفل

الذي لا يستطيع أن يكيف نفسه مع مدرسته ونظام مجتمعه يسمى بالطفل المنحرف". وفي هذا السياق فإن الأطفال الذين لا يريدون أو لا يستطيعون الانقياد وراء قواعد وقوانين المجتمع يعتبرون منحرفين كذلك. بناءً على ذلك نستطيع أن نرى أن هذا النموذج الاجتماعي يصف أي نوع من الأمراض العقلية أو ضعف في القدرات العقلية بأنه "انحراف اجتماعي" (Knoblock,1983). وبناءً على ذلك أيضاً نرى أن الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بشكل عام تطلق عليهم التسميات المختلفة وخصوصاً اسم "المنحرفين" حتى يلاقوا حتفهم بالرغم من أنهم لم يسلكوا ولم يعملوا أي عمل كان حتى تطلق عليهم هذه التسميات السلبية.

وعلى ذلك فإن أي تسمية مهما كانت لا تساعد في حل المشكلة التي يعاني منها أي طفل في أي مجتمع من المجتمعات ولكنها قد تزيد من هذه المشكلة.

أهم الدراسات في هذا النموذج:

يعتقد الباحثون في علم الاجتماع أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية ترجع إلى أسباب اجتماعية، وفي هذا السياق ذهب كل من بكهولت وجيبريوم (Buckholdt and Gubrium,1980) حيث قالا بأن أي مشكلة شخصية في واقع الأمر تكون نتيجة لمشكلة اجتماعية لذلك يجب التعرف على هذه المشكلة وإعداد التقييم المناسب لها بالإضافة إلى العناية والاهتمام بها لأنها تمثل مشكلة لفرد في المجتمع (p.290) وهنا يمكن أن نقول أن الدراسات وفقاً للنموذج الاجتماعي لا يمكنها أن

تنجح بسهولة لأنها لا تأخذ في الحسبان الأسباب الرئيسة للاضطرابات السلوكية أو الانفعالية التي تعتبر مثلاً نتيجة للنمو أو لخلل عضوي.

ورغم ذلك فقد قدمت لنا دراسات علم الاجتماع بعض المعلومات الهامة لتأثير المسميات والتسميات على الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً وكذلك الأفراد الذين تتناولهم هذه الدراسات.

ومن النتائج الرئيسة لهذه الدراسات أن إطلاق الأسماء غير المحببة مثل منحرف، متخلف، معاق، أو أي تسمية أخرى لا تساعد في حقيقة الأمر على حل أي مشكلة أو مشاكل يواجهها الطفل. وغالباً أو في أكثر الحالات تساعد هذه التسميات على استمرار هذه التسمية مما يضطر هذا الطفل أو ذاك إلى قبول هذه التسمية وقبول أنه فرد سيء (Schlecbty & Paul,1982).

وفي دراسة قام بها كل من يزلدك وفوستر Ysseldyk and Foster في عام ١٩٧٠م ووجدا أن الأطفال الذين يوصمون ببعض هذه الأسماء غير المحببة وخصوصاً تسمية (المنحرفين) يظهرون مشاكل سلوكية أكثر من الأطفال الآخرين الذين يطلق عليهم عاديين (Apter & Conoley,1984).

علاقة هذا النموذج بالنماذج الأخرى:

يختلف هذا النموذج عن النماذج الأخرى لأن هذا النموذج يركز بصفة خاصة على المظاهر الاجتماعية للمشاكل السلوكية. وفي هذا الجانب لاحظ كل من آبتر وكونلي Apter,Conoley,1984 أن علماء الاجتماع يهتمون بتأثير القوى الاجتماعية على الناس

أكثر من اهتمامهم بالإختلافات النفسية أو التعليمية بين الناس والتي جاءت عن طريق نماذج علاجية أخرى (p.72).

والنموذج الاجتماعي يعتبر قريباً جداً من النموذج السلوكي حيث يهتم كلٌ منهما بالتركيز على العوامل البيئية أكثر من التركيز على العوامل الداخلية. بالإضافة إلى أن النموذج الاجتماعي يشبه النموذج السلوكي في الاهتمام بتعلم السلوك (Knoblock,1983).

إلا أن النموذج الاجتماعي يختلف عن النموذج البيئي في بعض الجوانب فالنموذج البيئي يهتم بدراسة العوامل الداخلية أو الشخصية لدى الفرد وكذلك العوامل البيئية وطبيعة العلاقة بينهما كما يسعى هذا النموذج إلى مساعدة الطفل المضطرب سلوكياً وانفعالياً عن طريق علاج الطفل نفسه وعلاج البيئة المحيطة بالطفل.

بينما يوجه النموذج الاجتماعي كل اهتمامه إلى دراسة العوامل البيئية ومعرفة أنماطها، ويحاول علاج انحراف الطفل حتى يستطيع أن يدمجه مرة أخرى في بيئته ومجتمعه.

فوائد هذا النموذج للتربية الخاصة:

يساعد النموذج الاجتماعي في توضيح المشاكل التي قد تنشأ كنتيجة للتسميات التي تطلق على الأطفال غير العاديين. بالإضافة إلى أن المدرسة بناءً على هذا النموذج تعتبر نظاماً اجتماعياً.

ومن اسهامات هذا النموذج وخصوصاً للطفل المعاق عدم عزل الطفل المعاق عن زملائه العاديين في المدرسة. حيث ان التفريق بين "الطفل العادي" و "الطفل المنحرف" يعتبر بحق أسلوباً سلبياً وغير جيد وعلماء الاجتماع يحاولون اتخاذ وتتبع الاستراتيجيات من أجل التأكيد على الحاجة إلى تأصيل النظام الاجتماعي بشكل عام والذي يحاول التعامل مع الفروق الفردية" (Knoblock,1983,p.38). وبالرغم من أن النموذج الاجتماعي يركز على العوامل البيئية أكثر من العوامل الشخصية أو الداخلية إلا أن النموذج الاجتماعي يدرك أن المجتمع في واقع الأمر لا يقوم إلا على الأفراد. ويستطيع معلم التربية الخاصة أن يستفيد من النموذج الاجتماعي وذلك بعدم اطلاق أي مسميات على الأطفال غير العاديين، وبهذا الخصوص يستطيع المعلم أن يغير اتجاهاته للمساعدة في التقليل من النتائج السلبية للتسميات والأسماء غير الجيدة للأطفال غير العاديين ويحاول قبول الفروق الفردية بين التلاميذ ويعطي اهتمامات في عملية الجهود المنظمة المخططة لها لإدخال وادماج الطفل غير العادي في مجتمعه .(Apter & Conoley,1984,p.75)

كذلك يستطيع المعلم أن يقوم بواجبه لجميع الطلاب بغض النظر عن الاختلافات فيما بينهم تحت مظلة فصل واحد ونظام موحد قائم على مجموعة من القيم التي يسهم فيها كل فرد من أفراد الفصل الدراسي وهذه القيم يمكن أن يتعلمها الطلاب عن طريق المشاركة من الجميع بغض النظر عن الفروق الفردية فيما بينهم.

ويمكن للمعلم كذلك أن يستخدم أسلوب لعب الدور وذلك لمساعدة الأطفال والمعلم لفهم القيم والعملية الاجتماعية من خلال العمل في الفصل الدراسي وكذلك تشجيع هؤلاء الأطفال للابتكار والتفكير في حلول بديلة لأي مشكلة (Scblechty & Paul,1982,p.263)

النموذج السابع - النموذج النفستربوي:

بدأ الاهتمام بهذا النموذج في التربية الخاصة في بداية الستينيات من هذا القرن. وتأتي اسهامات هذا النموذج من خلال التركيز على الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال وعلاقة هذه الانفعالات بسوء السلوك التكيفي. ففي عام ١٩٦٠. أوضح الباحثان روثمان وبركوتز P.H.Berkowitz و E.P.Rothman "أن مشاعر وعواطف الأطفال تعتبر مصدراً من مصادر السلوك الملاحظ" (Knoblock,1983,p.107). وهذا بحد ذاته يعتبر اكتشافاً هاماً ونافعاً للعمل مع الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً الذين يعزى اضطرابهم إلى سلوكيات غير مقبولة وغير محببة.

ومن خلال فهم مشاعر وأحساسيس الطفل المضطرب انفعالياً وسلوكياً ساهم المتخصصون في النموذج النفستربوي بطريقة أفضل للعمل مع هؤلاء الأطفال عن طريق تطوير طرق تعليمية أفضل من الطرق السائدة لأنهم في واقع الأمر دمجوا القواعد والأسس التربوية مع النفسية حتى أصبحت هذه الطريقة تعرف بالنموذج النفستربوي.

وهذا النموذج يوفر عدة طرق للتعليم يمكن تطبيقها مع أي حالة بشكل عام وفي نفس الوقت يعتبر هذا النموذج على درجة من المرونة بحيث يمكن تكييفه للعمل مع العديد من المشكلات.

المبادىء الأساسية لهذا النموذج:

كما يفهم من اسم النموذج النفستربوي نجد أنه يهتم بمهارات التعليم، وأيضاً هناك تركيز في هذا النموذج على الاهتمام بالحاجات الخاصة للأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً. وفي هذا السياق صمم هذا النموذج حتى يكون فعالاً للحاجات الأكاديمية (Knoblock,1983,p.178). ففي عام ١٩٧٥ كتب فاجن، ولونج، وستيفنز Fagen,Long,and Stevens "أن الوظيفة الأساسية للمنهج النفستربوي تقوم على تقديم التخطيط للحالات التعليمية التي تحث وتحفز على التطوير الشخصي في الحالتين التاليتين: ١- الخبرات الفعالة و ٢- تكامل الحقائق والمشاعر" (Fagen & Long,1979,p.70) ويقوم النموذج على الملاحظات التي تنص على أن الاحساس السليم في أن الأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً لديهم مشكلة أو أكثر وأن هذه المشكلة لها علاقة مع عملية تبادل الأفكار والمعلومات الوجدانية. إن التعرف على هذه الحقيقة وفهمها يساعد معلم التربية الخاصة في العمل مع أطفال من هذه الفئة.

أهم الدراسات في هذا النموذج:

تعتبر الدراسات الأولى في هذا النموذج دراسات كل من بركوتز وروثمان Berkowitz and Rothman حيث أكدا على أهمية العواطف والمشاعر لتوضيح السلوك التكيفي السيء للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً. بعد ذلك أوضحت الدراسات الأخرى أن العوامل البيئية تلعب دوراً مهماً لتحديد السلوك الذي سوف يسلكه طفل ما (Knoblock,1983). إن أحد أهم مظاهر

هذا النموذج هو عملية تطبيقه في العملية التعليمية.

وكذلك أكدت الدراسات على الفكرة التالية: "إن المعلومات المتوفرة عن نمو الطفل العاطفي والوجداني يمكن أن يحلل مع وجود المعلومات المتعلقة عن النمو الذكائي لدى الطفل من أجل التحليل المتوازن للحاجات، وللتقييم وللعجز" (Knoblock,1983,p.102) ومن هذا الجانب يعتبر النموذج النفستربوي نموذجاً فعالاً لعلاج الحاجات التعليمية والاضطرابات السلوكية أو الانفعالية لدى الطفل في نفس الوقت لقد ساهمت هذه الدراسات في تطوير المناهج والبرامج والاستراتيجيات لتدريب الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً. بالإضافة إلى أن هذا النموذج مهد الطريق أمام تطوير عدد من الاستراتيجيات الإدارية التي من خلالها يمكن للمعلم التحكم في السلوك التكيفي السيء للأطفال.

وحديثاً فإن كثيراً من الدراسات في هذا النموذج وسعت إلى إيجاد الطرق المناسبة لإستخدام هذا النموذج من أجل تعليم الأطفال المضطربين سلوكياً أو انفعالياً طرق ضبط النفس والتحكم فيها. لأن هذا النموذج يعتبر أن ضبط النفس أحد المهارات التي يمكن أن تكتسب عن طريق التعليم مثل أي مهارة أخرى. فعلى سبيل المثال قدم كل من فاجن ولونج Fagen and Long,1979 بيانات ودراسات بحثية عن تطوير مناهج خاصة بضبط النفس للأطفال المضطربين سلوكياً.

علاقة هذا النموذج بالنماذج الأخرى:

يختلف هذا النموذج عن النماذج الأخرى في أنه يركز على الانفعالات لدى الأطفال وعلى التدريبات الأكاديمية للأطفال ولكن في الوقت نفسه يتشابه هذا النموذج مع نماذج أخرى في أوجه عديدة، فعلى سبيل المثال يتشابه النموذج النفستربوي مع النموذج البيئي والنموذج الاجتماعي في التركيز على أهمية الدور الذي تقوم به البيئة والدور الذي يقوم به الطفل نفسه لأن النموذج النفستربوي يسعى لحل المشكلات سواءً كانت لدى الطفل أو بيئته.

كذلك فإن النموذج النفستربوي يشابه النموذج السلوكي والاجتماعي في أهمية تعليم الطفل المضطرب عملية ضبط النفس.

فوائد هذا النموذج للتربية الخاصة:

يعتبر هذا النموذج مفيداً لفصول التربية الخاصة لأن الفكرة الأساسية لهذا النموذج تقوم على "اقامة تفاعل متوازن بين العمليات العقلية المعرفية وبين العمليات الوجدانية" (Fagen & Long,1974,p.70) وهذه في واقع الأمر استراتيجية فعالة لتربية وتعليم هؤلاء الأطفال ولهذا السبب يركز هذا النموذج على الجانبين الانفعالي والتطوير الاكاديمي (Knoblock,1983).

ومن المظاهر الهامة لهذا النموذج إعطاء الوقت الكافي والمناسب من أجل التخطيط للمناهج (Knoblock,1983) مع ضرورة الاهتمام بأن تكون هذه المناهج مرنة حتى نستطيع تكييفها

للحاجات الخاصة للأطفال.

هذا هو النموذج النفستربوي الذي يتكون من عدة مبادىء أساسية ويمكن تطبيقها مع حالات كثيرة بشكل عام ولكن من الممكن تكييفها من أجل استخدامها مع حالة خاصة أو نادرة كذلك. ومن العناصر الهامة في التخطيط النفستربوي إيجاد الطرق لإدارة السلوك غير المتوافق في الفصل الدراسي. وهناك في واقع الأمر عدة طرق تم تطويرها عن طريق بعض الباحثين في هذا النموذج (Beck,Roblee & Johns,1979). فعلى سبيل المثال يستطيع المعلم التقليل من السلوك غير المتوافق من بعض الطلاب في الفصل الدراسي عن طريق استخدام بعض استراتيجيات النموذج النفستربوي مثل "Interest boosting" وهي ببساطة أن يبدي المعلم نوعاً من الرغبة والاهتمام والعناية بجهود وعمل الطلاب (Beck,Roblee, & Johns,1979) ولعل من أهم الأمور في هذا النموذج عملية تعليم الأطفال المضطربين عمليات وطرق ضبط النفس.

الخاتمة:

لقد تم الوقوف في هذه الدراسة على أهم النماذج العلاجية في التربية الخاصة التي تستخدم في العلاج التربوي للأطفال غير العاديين وهي سبعة نماذج تتمثل في:

١ - النموذج النمائي

٢ - النموذج السلوكي

٣ - النموذج الطبي

٤ - نموذج صعوبات التعلم

٥ - النموذج البيئي
٦ - النموذج الاجتماعي
٧ - النموذج النفستربوي

وبما أن هذه الدراسة استعرضت المباديء الأساسية التي تقوم عليها هذه النماذج وفائدة كل نموذج للتربية الخاصة وعلاقة كل نموذج بالأخر، ولهذا فإنه ينبغي على معلم الفصل الدراسي العادي ومعلم التربية الخاصة الإلمام بهذه النماذج واستخدام أي نموذج من هذه النماذج للتدخل في علاج الطفل غير العادي ويمكن استخدام نموذجين أو أكثر في وقت واحد إذا كانت حالة الطفل تستدعي ذلك، وذلك كله بعد استشارة المختصين كل في مجال اختصاصه حتى تكتمل الفائدة والمنفعة المرجوة منه.

والله أسأل أن ينفع بهذه الدراسة، والله ولي التوفيق،،،

المراجع REFERENCES

Apter, S. J. , & Conoley, J. C. (1984). Childhood behavior disorders and emotional disturbance: An introduction to teaching roubled children. Englweood Cliffs: Prentice-Hall.

Baum, D. D. (1989). Current theory and practice in learning disablities. National Forum of Special Educatiion Journal, 1(1), 4-10.

Beck, M. A., Role K., & Johns, C. (1979). Psychoeducational management of disturbed children. Education, 102, 232-235.

Buckholdt, D. R., & Gubrium, J. F. (1980). The underlife of behavior modification. American Journal of Orthopsychiatry, 50, 279-290.

Erikson, H. E. (1963). Childhood and society. New York: W. W. Norton & Company.

Fagen, S. A., & Long, N. J. (1979). A psychoeducational curriculum approach to teaching self-control. Behavioral Disorders, 4, 68-82.

Franklin, A. J. (1977). Counseling youth in alternative schools. Personnel and Guidance Journal, 55, 419-421.

Gable, R. A., & Strain, P.S. (1981). Individualizing a token reinforcement of children's behavior disorders. Behavioral Disorders, 7, 39-45.

Gearheart, B. R. & Gearheart, C. J. (1989). Learning disabilities Educationa Strategies Columbus, OH, Merrill Publishing Co.

Head, H. (1926). Aphasia and kindred disorder of speech. London: Cambridge University Press.

Heward, W. L., & Orlansky, M. D. (1988). Exceptional children Columbus: Merril Publishing Company.Johnson, D. J., & Myklebust (1987). Learning disabilities, educational principles and practices. New York: Grune & Stratton.

Juul, K. D. (1977). Models of remediation for behavior disordered children. Educational and Psychological Interaction. (Malmo, Sweden: School of Education), No. 2.

Kavale, K., & Nye, C. (1984). the effectiveness of drug treatment for Severe behavior disorder: Ameta-analysis, Behavior Disorders, 9 (2), 117-130.

Kirk, S. A., & Chalfant, J. C. (1984). Academic and developmental learning disabilities. Columbus: Special Press.

Kirk, A.K.& Gallegher, J.J. (1989). Educating Exceptional children. Bosto, MA: Houghton mifflin Compony.

Knoblock, P. (1983). Taching emotionally disturbed childre. Boston: Houghton Mifflin.

Kuder (1990). Effectiveness of DISTAR reading program for childredn with learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 23(1), 69-71.

Lerner, J. (1988). Learning disabilities theories, diagnosis, and teaching strategies. Boston: Houghton Mifflin Company.

Marlowe, M., & Errera, J. (1982). Low lead levesl and behavioral problems in children. Behavioral Disorders, 7, 163-172.

Montgomery, M. D., & Paul, J.L. (1982). Ecological theory and practice. Emotional disturbance in children: Theories and methods of techers. J. L. Paul & B. C. Epanchin, eds. Columbus: Charles E. Merrill, 213-241.

Reinert, R. H. (1980). Children in conflict. St. Louis, MO: The C. V. Mosby Company.

Rubin, Z., & McNeil, E. B. (1981). The psychology of being human (3rd ed.)> New York: Harper & Row.

Samuels, S. C. (1981). Disturbed exceptional children: An integrated approach. New York: Human Sciences Press.

Schlechty, P. C., & Paul, J. L. (1982). Sociological theory and practice. Emotional disturbance in children. Theories and methods of teachers. J. L. Paul & B. C. Epanchin, eds. Columbus: Charles E. Merrill, 243-268.

Schmidt, S. (1979). Schools can make a difference: How well students succeed depends on which schools they attend. (Book review of Fifteen thousand hours: Secondary schools and their effects on children, by M. Rutter, B. Maughan, P. Mortimore, J. Ouston, & A. Smith). American Educator, 3, 13-16.

Smith, C. R. (1983). Learning disabilities: The interaction of learner, task, and setting. Boston: Little, Brown, & Company.

Smith, D. J., Young, K. R., West, R. P. Morgan, D. P., & Rhode, G. (1988). Reducing the disruptive behavior of junior high school students: A classroom self-management procedure. Behavioral Disorders, 13, 231-239.

Swap, S. M. (1978). The ecological model of emotional disturbance in children: A status report and proposed synthesis. Behavioral Disorders, 3, 186-196.

Walker, M. M. (1982). Phosphates and hyperactivity: Is there a connection? Academic Therapy, 17, 439-446.

Wood, M. M. & Swan, W. W. (1978). A developmental approach to educating the disturbed young child. Behaviorla Disorders, 3, 197-209.

◆◆◆◆◆◆◆